Sonderabdruck aus der
„Deutschen Medizinischen Wochenschrift" 1907, No. 32.
Redakteur: Prof. Dr. **Jul. Schwalbe.**

27.

Medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaft in Jena.

(Sektion für Heilkunde.)

Sitzung am 14. Februar 1907.

2. Herr Wagenmann: a) **Papillom der Karunkel mit carcinomatöser Entartung bei einem jugendlichen Individuum.**

Im April 1890 kam das 15jährige Dienstmädchen M. K. in die Jenaer Augenklinik mit einem blaßrötlichen Tumor im inneren Lidwinkel des linken Auges. Der Tumor hatte ein körniges Aussehen und nahm die ganze Karunkel ein. Er erstreckte sich nach oben außen bis zum Tränenpunkt, unten blieb er 1 mm vom Tränenpunkt entfernt. Die Diagnose wurde auf Encanthis benigna gestellt und der Tumor entfernt. Fünfeinhalb Jahr später, im September 1895, kam die Patientin wieder in die Augenklinik, da sie seit vier Wochen eine frische Entwicklung und schnelles Wachstum der Geschwulst im inneren Lidwinkel bemerkt hatte. Beiderseits bestand bei Hyperm. von 0,75 Dioptrien volle Sehschärfe. Links fand sich an dem sonst normalen Auge im inneren Lidwinkel, an der Stelle der Karunkel eine haselnußgroße Geschwulst von lappigem Bau, höckeriger Oberfläche und himbeerartiger Farbe. Der Tumor reichte am oberen Lid bis zum Tränenpunkt und nach unten über den Tränenpunkt hinaus. Am 18. September 1895 wurde die Geschwulst in Narkose unter Wegnahme des erkrankten Teils am unteren Lid entfernt. Die Geschwulst wurde möglichst gründlich im gesunden ausgeräumt, die vordere Tränensackwand weggenommen und der Tränensack ausgekratzt. Durch Suturen wurde die Wunde geschlossen. Die Hautwunde heilte schnell, doch schon am 5. Oktober zeigte sich ein Rezidiv von der Größe einer kleinen Haselnuß; der Tumor erstreckte sich nun auch zur Conjunctiva bulbi. Bei der Exstirpation wurde die Geschwulst zunächst vom Bulbus abgelöst, sodann wurde die Haut im inneren Lidwinkel

166854

durch ringförmigen Schnitt rings um den Tumor durchtrennt und der Tumor mit darunterliegendem Gewebe bis zum Knochen abgelöst. Das obere Ende des freigelegten Tränennasenkanals wurde nochmals mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und die Hautwunde genäht. Die Heilung erfolgte schnell, sodaß Patientin am 19. Oktober 1895 entlassen werden konnte. Bei der Vorstellung am 8. November 1895 wurden zwei kleine warzige verdächtige Prominenzen beobachtet. Die Patientin entzog sich der weiteren Behandlung und Beobachtung und stellte sich erst am 3. Juli 1901, also sechs Jahre später, wieder vor. Drei Jahre nach der letzten Operation hatte sie wieder eine Geschwulst bemerkt, die innen ganz langsam wuchs. Das Oberlid war damals vollkommen frei, das untere etwas verdickt. Auf Rat von Verwandten ging sie vor einem Jahr zu einem Naturheilkundigen nach Erfurt, der ihr Heilung in bestimmte Aussicht stellte, nur sei die Sache etwas langweilig. Die Behandlung bestand in blutreinigenden Mitteln und anderer Arznei. Alle drei bis vier Wochen stellte sie sich dort vor. Auf die Bemerkung der Patientin, daß die Geschwulst schlimmer werde, soll die Antwort erfolgt sein, es müsse sich erst ausbreiten und erweichen. Nach einem Jahr, aller Ersparnisse entblößt, kam die Patientin wieder in die Augenklinik zu Jena. Nun fand sich (3. Juli 1901) ein klein faustgroßer Tumor, der gleichmäßig das obere und untere Lid durchsetzte und als ein zirka 3 cm breiter und 5 cm dicker Ring die Orbitalöffnung ringsum umgab. Die Oberfläche am oberen und unteren Lidrand und zum Teil an der Conjunctiva, war stark höckerig und zottig. Zog man die Lidspalte etwas auseinander, so erkannte man den bis auf diffuse Hornhauttrübung intakten Bulbus, mäßig prominent. Die Beweglichkeit war allseitig beschränkt. Nach oben erstreckte sich der harte Tumor bis zur Augenbraue, mit dem Knochen schien er fest verwachsen, innen erstreckte er sich weit auf den Nasenrücken und unten weit auf die Backe. Die Röntgenuntersuchung ergab: Stirnhöhle frei, die Vorderwand der Kieferhöhle anscheinend verdickt, unsicher, obere Kieferhöhle frei, Gaumenbein und Schädelbasis gut abgesetzt. Das Naseninnere schien intakt. Am 11. Juli 1901 wurde in Narkose der Tumor unter Exenteration der Orbita vorgenommen. Der Tumor wurde ringsumschnitten und samt dem Bulbus und Orbitalinhalt entfernt. Die Ablösung des Tumors von der Nasenwand und vom Oberkieferknochen war erschwert, zwei kleine Perforationen des Knochens waren unvermeidlich. Die Blutung war ziemlich erheblich. Nach der Exenteration wurde die Haut von der Seite herangezogen und mit einigen Suturen der Defekt verkleinert. Unter ständiger Tamponade der Orbita heilte die Wundfläche unter Bildung von Granulationsgewebe in der Orbita langsam aus. Schließlich überhäutete sich die Orbitalöffnung. Anfang bestand einige Monate lang eine Kommunikation zur Nasenhöhle. Doch schloß sich auch diese Fistel allmählich. Jetzt erscheint die Orbita in der Tiefe von festen callösen Massen ausgefüllt und von guter Haut überdeckt, die nur in der Mitte etwas blaßrot und dünn erscheint. Die Patientin hat sich etwa ein

Jahr nach der Operation verheiratet, mehrere gesunde Kinder bekommen und sieht blühend und gesund aus. Vor zwei Jahren hat Herr Müller (Wiesbaden) eine Orbitalprothese mit Lidern und Augenoberfläche, an einer Brille befestigt, angefertigt, die kosmetisch gut wirkt. Die Patientin zieht aber vor, meist nur eine schwarze Binde zu tragen. Der im Jahre 1895 exstirpierte Tumor bestand aus dicht zusammengedrängten Schläuchen, die aus einem Mantel epithelialer Zellen und einem inneren Strang aus Bindegewebe und Gefäßen zusammengesetzt waren. Die Schläuche lagen dicht gedrängt und hatten sich vielfach gegenseitig abgeplattet. Aus dem 1901 exstirpierten Tumor wurden mehrere Stücke exzidiert und untersucht. Die zottigen, oberflächlichen Teile haben papilläre Form, ähnlich dem im Jahre 1895 exzidierten Tumor. Der große, feste Tumor zeigte in der Tiefe rein epithelialen Charakter mit alveolärem Bau. Ohne Zweifel handelt es sich um ein Carcinom. Der Tumor war von der Karunkel ausgegangen und machte anfangs den Eindruck einer gutartigen papillären Geschwulst. Der Fall wird ausführlich in einer Dissertation von Herrn Münz mitgeteilt.

b) **Lidplastik.**

Der Vortragende bespricht die verschiedenen Methoden der Lidplastik und berichtet über seine Erfahrung. Die Plastik durch gestielte Lappen aus der Nachbarschaft ist wiederholt mit gutem Erfolg ausgeführt, besonders bei Kindern, z. B. nach Verbrennung und bei älteren Leuten nach Carcinomexstirpation. Bei Carcinomoperation ist diese Art der Operation auch dann besonders wertvoll, wenn ein Teil des Lidrandes mit weggenommen werden mußte. Man kann dann den Rest von Bindehaut an den Lappenrand annähen und dadurch einen guten neuen Lidrand bilden. Die Operation mit gestielten Lappen hat aber den Nachteil, daß sie neue entstellende Narben schafft und daß oft Wulstungen nicht zu vermeiden sind. Bei älteren Leuten mit schlaffer, leicht verschiebbarer Haut ist die Wulstung geringer. Bei flächenhafter narbiger Beschaffenheit der Haut der Umgebung des Auges verbietet sich diese Methode von vornherein. Als Beispiel wird erwähnt ein Fall von Narbenektropium beider Lider bei einem dreijährigen Knaben infolge von Verbrennung im Alter von neun Monaten durch Fall gegen einen heißen Ofen. Das Ektropium des oberen Lids wurde durch Benutzung eines gestielten Lappens aus der Stirnmitte, das Ektropium des unteren Lids durch zwei Operationen mit gestielten Lappen beseitigt. Ein gestielter Lappen aus der Wange bildete die temporale Hälfte des unteren Lids und ein Lappen aus der Nase wurde benutzt, um die nasale Hälfte des unteren Lids zu bilden. Der Effekt dieser drei plastischen Operationen war überaus gut. Die Thiersche Transplantation hat bei den zur Beseitigung eines Narbenektropiums vorzunehmenden Operationen nicht voll befriedigt. Die Anheilung der Epidermislappen erfolgte zwar stets ganz gut, aber der anfängliche gute Erfolg der Lidstellung nahm besonders bei Operation am unteren Lid zuweilen merklich ab. An dem beweglichen Lid werden die Lappen leicht runzelig, durch Narben-

schrumpfung in der Tiefe tritt Rückfall ein, weil die überpflanzten Stücke und die sich bildende Decke nicht genügend Widerstand abgeben. Die besten Resultate wurden durch Ueberpflanzung stielloser Lappen erzielt, und die günstigen Erfolge anderer Operateure konnten voll bestätigt werden. Angewandt wurde sie vor allem in Fällen von Narbenektropium nach Verbrennung, Lupus, Pustula maligna etc. Zur Ueberpflanzung wurde ausschließlich die Haut von der Innenfläche des Oberarms desselben Individuums benutzt. Wegen der Schrumpfung des Lappens wird der Lappen um $^1/_3$—$^1/_4$ größer genommen, als der zu deckende Defekt. Notwendig ist bei der Operation strengste Asepsis, trockenes Operieren und gründliche Blutstillung vor der Uebertragung des Lappens in den Defekt. Benutzt werden nur trockene sterile Gazetupfer. Die Operation verläuft folgendermaßen: Zunächst wird unterhalb des Lidrandes der Hautschnitt geführt, das Lid unter Durchtrennung der Narben abgelöst, sodaß der Lidrand wieder seine natürliche Stellung einnimmt. Die narbigen Verbindungen müssen vollständig durchtrennt werden, sodaß kein Zug mehr auf den Lidrand ausgeübt wird. Etwaige Unebenheiten der Wundfläche hindern nicht das glatte Anheilen des Lappens. Die Lidspalte wird durch Sutur temporär geschlossen. Die Wundfläche wird durch Tupfen mit Gazetupfern blutfrei gemacht. Zur Blutstillung reicht meist Kompression aus, kaum daß mal ein stärkeres Aestchen durch Torquieren zum Verschluß gebracht werden muß. Erst nach der Blutstillung wird der Lappen aus der vor Beginn der Operation desinfizierten und inzwischen mit steriler Gaze bedeckten Haut des Oberarms herausgeschnitten und sofort übertragen. Der Lappen wird durch einige feine Suturen fixiert, da sich sonst der Rand leicht einrollt. Der Lappen wird bedeckt mit einem Stückchen groben Tülls, das die Lappengröße um etwas überragt und das, nachdem etwas Jodoform oder Airol aufgepudert ist, mit einem englischen Pflasterstreifen fixiert wird. Darüber kommt trockene Gaze und dann ein Verband. Die Heilung erfolgte bisher fast ausnahmslos ohne jede Komplikation. Der Tüllüberzug wird erst nach 5—6 Tagen abgenommen, die Epidermis stößt sich meist blasig ab, die Cutisierung und Vernarbung des Lappens ist nach 2—4 Wochen je nach der Größe des Stückes beendet. Als Beispiel wurde der zuletzt operierte Fall mitgeteilt und der Patient vorgestellt. Es handelte sich um einen 31jährigen Arbeiter, der seit dem siebenten Lebensjahr an Lupus der rechten Gesichtshälfte gelitten hatte. Durch jahrelange Behandlung, zuletzt durch Bestrahlung mit konzentriertem Sonnenlicht, wurde Vernarbung erzielt, nur nahm dabei das seit 1896 bestehende Ektropium des unteren Lids erheblich zu. Bei der Aufnahme am 8. Januar 1907 fanden sich ausgedehnte strahlige und strangförmige Lupusnarben, die die ganze rechte Gesichtshälfte einnahmen. Der rechte Mundwinkel und der rechte Nasenflügel waren stark verzogen, das rechte untere Lid nach unten und außen ektropiumiert, sodaß die gerötete, trockene verdickte und sulzige Bindehaut über 1 cm breit frei zutage lag. Das untere Lid ist so fest nach unten gezogen, daß es auch passiv nicht zu reponieren ist. Tränen-

träufeln, Lidrand- und Bindehautentzündung, Bulbus sonst intakt. Tränensack frei. Es besteht volle Sehschärfe. Am 10. Januar 1907 Lidplastik durch Ueberpflanzung eines stiellosen Lappens aus dem rechten Oberarm. Parallel zum Lidrand wird in 5 mm Abstand der Hautschnitt geführt und innen wie von außen etwas über den Lidwinkel ausgedehnt. Die Lidplatte wird der narbig verkürzten Haut abpräpariert, sodaß der Lidrand ohne Narbenzug seine ursprüngliche Stellung einnimmt. Durch eine Sutur wird die Lidspalte geschlossen. Der freiliegende Substanzverlust ist 3½ cm lang und 1½ cm breit und besitzt nach unten konvexe Begrenzung. Nach Blutstillung im Defekt wird ein entsprechend geformtes Hautstück von 5 cm Länge und 2½ cm Höhe aus der Innenfläche des rechten Oberarmes exzidiert und damit der Substanzverlust gedeckt. Der Lappen wird durch mehrere feine Suturen fixiert und liegt gut. Er wird bedeckt mit einem entsprechend geformten Stück sterilen groben Tülls, etwas Airol daraufgepudert und die Gaze mit englischem Pflaster fixiert. Darüber kommt Gaze, Watte und Binde. Die Armwunde wurde durch Naht geschlossen und mit Gazepflasterverband bedeckt. Am 13. Januar 1907 wurde der oberflächliche Verband gewechselt. Die Bedeckung des Lappens mit Tüll und Pflaster bleibt unberührt. 20. Januar. Die Bedeckung des Lappens wird abgenommen und die Suturen werden größtenteils entfernt. Der Lappen ist in toto angeheilt, sieht etwas dunkel bräunlich aus, die Epidermis beginnt sich abzuheben. 23. Januar. Rest der Suturen entfernt. Der Lappen ist fest angeheilt. Die oberflächliche Epidermisschicht hat sich größtenteils abgestoßen, der darunter liegende Lappen zeigt weißliche Farbe mit blaßrötlicher Oberfläche. Nach außen oben zeigt sich ein kleiner oberflächlicher Defekt, die umschriebene Stelle wird mit Argent. nitric.-Lösung betupft. Das untere Tränenkanälchen wird geschlitzt. Die Vernarbung vollzog sich weiterhin glatt. Der Lappen zog sich nur noch etwas zusammen, die Stellung des unteren Lids ist recht befriedigend. Der Lappen sieht noch blaß aus und sticht von seiner geröteten Umgebung noch etwas ab. Der Lappen besitzt Sensibilität, doch ist sie gegenüber der Umgebung herabgesetzt und auch verschieden innerhalb des Lappens. Der Patient konnte am 8. Februar als arbeitsfähig entlassen werden. Bei seiner heutigen Vorstellung erscheint die Stellung des unteren Lids recht gut und der Lappen hat sich in Farbe und Dicke noch mehr der Umgebung angepaßt.

Druck von G. Bernstein in Berlin.